

# ingrado

servizi per le dipendenze

**MEDICINA DELLE DIPENDENZE**

**INTERDISCIPLINARIETÀ  
DATI CASISTICA  
PROGETTO  
“SOTTO LO STESSO TETTO”**

**Anno 2019**

G. Besso, A. Moriggia, C. Salvioli, M. Borojevic, B. Boeri,  
L. Wächter, M. Monti, B. Jurcevic, A. Santini

## **RIASSUNTO**

L'uso e l'abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali rappresenta un fenomeno complesso che si declina e si sviluppa all'interno della società in modi diversi, i quali dipendono anche dalla cultura prevalente nella comunità di riferimento. La Medicina delle Dipendenze si occupa di quella percentuale, fortunatamente minoritaria, ma numericamente non trascurabile, di persone che presentano una sofferenza bio-psico-sociale dovuta o aggravata dall'abuso di sostanze. La pratica clinica nelle nostre strutture si affianca ai necessari sostegni e provvedimenti socioeducativi e riabilitativi. Le prestazioni offerte dipendono dal grado di sofferenza e compromissione, mentre il piano di cura proposto e condiviso con ogni singolo paziente si sviluppa in modo volontario e personalizzato. L'esperienza concreta ci porta ad osservare anche nelle nostre strutture alcuni cambiamenti importanti relativi da un lato alle modalità di consumo e dall'altro all'aumento di compromissioni rilevanti dello stato di salute somatico e psichiatrico. Quest'ultima variazione si riscontra per una significativa quota della nostra casistica più grave, portatrice di un disagio psicosociale di difficile gestione per il sistema di cure cantonale. Poli consumo e poli patologia interrelati con problemi socioeconomici e giudiziari indicano, a nostro parere, la necessità di proporre modelli di intervento inter e multidisciplinari efficaci, efficienti e verosimilmente anche economici. Nel corso degli ultimi due anni abbiamo effettuato una ricerca sulla nostra casistica clinica con lo scopo di rilevarne i dati diagnostici bio psico sociali sui quali poter basare riflessioni e proposte rispetto alle prese in carico. I risultati dello studio confermano le nostre osservazioni sul campo ed orientano l'evoluzione delle procedure d'intervento in senso interdisciplinare.

Questo studio è stato condotto con criteri clinici ed in particolare è sembrato opportuno classificare nello stesso anche 50 pazienti seguiti presso l'ambulatorio Sostanze, ma portatori di un DUS (disturbo da uso di sostanze psicoattive) a predominanza alcolica, nell'ambito alcolologia.

## **INTRODUZIONE**

Una consistente percentuale dell'utenza che si affida ai servizi specializzati per le dipendenze è portatrice di problematiche multiple bio-psico-sociali che non si esauriscono nel mero concetto della doppia diagnosi il quale, in queste circostanze, appare assai riduttivo.

Questa popolazione fragile e dalla vita perlopiù marginale presenta aree di sintomi e disagio diffusi a più livelli. Malattie psichiatriche, somatiche, durata e cronicizzazione dei consumi, disagio psicosociale, condotte a rischio, problematiche familiari, disadattamento, conseguenze giudiziarie ed invecchiamento precoce sono tra le principali caratteristiche che si registrano nel corso di un'esistenza di vita disadattata e sofferente tipica di questa casistica. Si tratta dunque di una fascia di popolazione particolarmente in difficoltà e bisognosa, portatrice di rischi personali, per la salute pubblica (come ad esempio le condotte di spaccio e/o diffusione di malattie trasmissibili) ed in alcuni casi anche per la società tutta (ad esempio aggressività e condotte antisociali). In clinica queste persone non a caso sono definite "pazienti difficili" o "casi complessi" per i quali è necessario un intervento di presa in carico in rete con professionisti portatori di curriculum formativi differenziati e complementari, attivi nei vari ambiti sociosanitari, socioeducativi e della sicurezza.

Non esiste una sola risposta alla complessità. Per porre rimedio a queste situazioni problematiche sono necessari interventi interdisciplinari coerenti, coordinati e personalizzati.

In questo contesto gli Operatori delle dipendenze devono prevedere, assieme all'utente/paziente ed ai suoi familiari, l'allestimento di un piano di presa in carico bio-psico-sociale, i cui obiettivi devono considerare priorità, risorse e limiti.

I pazienti difficili che soffrono di un DUS vivono spesso nella marginalità con aspetti di degrado nella vita quotidiana: abitano nella precarietà di appartamenti o in stanze di pensione che faticano a gestire, presentano criticità nel mantenere l'igiene personale, degli ambienti di vita e di un sufficiente equilibrio nutrizionale. Ostacoli sono presenti anche nel provvedere alle piccole incombenze amministrative, necessarie alla vita civile.

Lo stile di vita di queste persone molto spesso si rifà ad un funzionamento psico comportamentale incentrato sul solo presente immediato (causato dai loro disturbi e dal consumo), con gravi problemi di aderenza ai piani di sostegno sociosanitario. Ad esempio, sono state riscontrate difficoltà a rispettare e recarsi agli appuntamenti programmati, a seguire puntualmente una terapia per una malattia infettiva o a dar seguito alle consegne date dagli operatori (come per esempio richiedere un documento in un ufficio, aprire la corrispondenza, pagare le fatture, ma anche a svolgere commissioni).

## IL MODELLO: DAL LAVORO DI PROSSIMITÀ, ALL'ACCOGLIENZA DI BASSA SOGLIA, FINO ALL'INTERVENTO STRUTTURATO AMBULATORIALE (TERAPIA DI MILIEU)

Per poter afferire a delle cure efficaci questi pazienti necessitano di un intervento d'équipe che si declina dalla bassa soglia fino alla terapia medica specialistica. Senza un adeguato aggancio questa utenza non riesce ad accedere alle prestazioni, rispettivamente le abbandona precocemente. L'Operatore di prossimità, possibilmente accompagnato dall'Infermiere di prossimità (e puntualmente anche dal medico in caso di necessità), riesce bene a contattare questa popolazione nei luoghi di aggregazione. Il Centro a bassa soglia (CAD), arricchito negli anni di attività ed offerte di matrice terapeutica e riabilitativa, accoglie e si interfaccia con gli operatori sociosanitari accompagnando e sostenendo le persone nelle prese in carico più strutturate. I Consulenti Ingrado, in questo contesto, sono figure di riferimento e coordinamento importanti fungendo da **case-manager** anche nei confronti della rete esterna. La presa in carico presso Ingrado avviene in modalità volontaria perlopiù per segnalazione, o da parte degli stessi pazienti e/o dalle loro famiglie.

Questo assetto di cure, inizialmente presente con caratteristiche solo presso il Centro Ingrado di Viganello, è stato utilizzato come modello di riferimento per sviluppare analoghi processi di presa in carico conformi alle altre strutture della Fondazione Ingrado, ivi compreso il Centro residenziale di Cagiaglio, il quale ha conosciuto un'importante ristrutturazione sociosanitaria nel corso degli ultimi due anni.

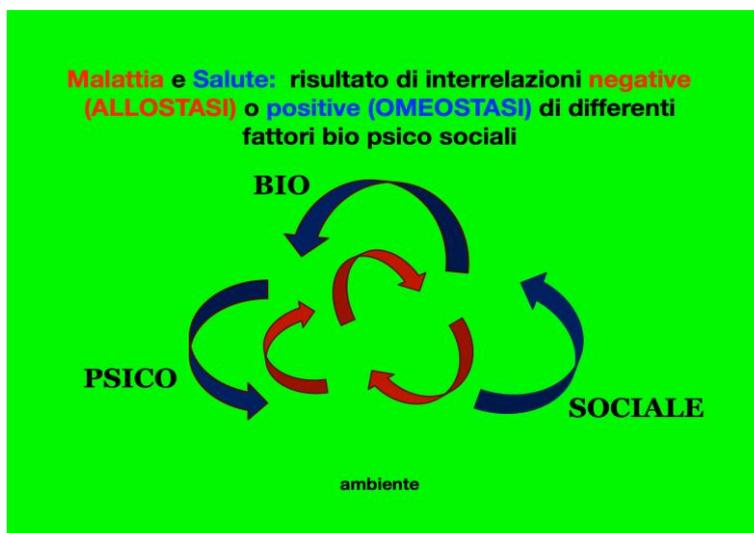


Figura 1: Il modello bio-psico-sociale

***Il modello bio-psico-sociale (Figura 1) da noi utilizzato come riferimento teorico per la valutazione e presa in carico dell'utenza. La conseguenza operativa della valutazione dei problemi secondo questo modello è la necessità di interventi interdisciplinari coerenti, coordinati e condivisi sui problemi attivi rilevati secondo una scala di priorità.***

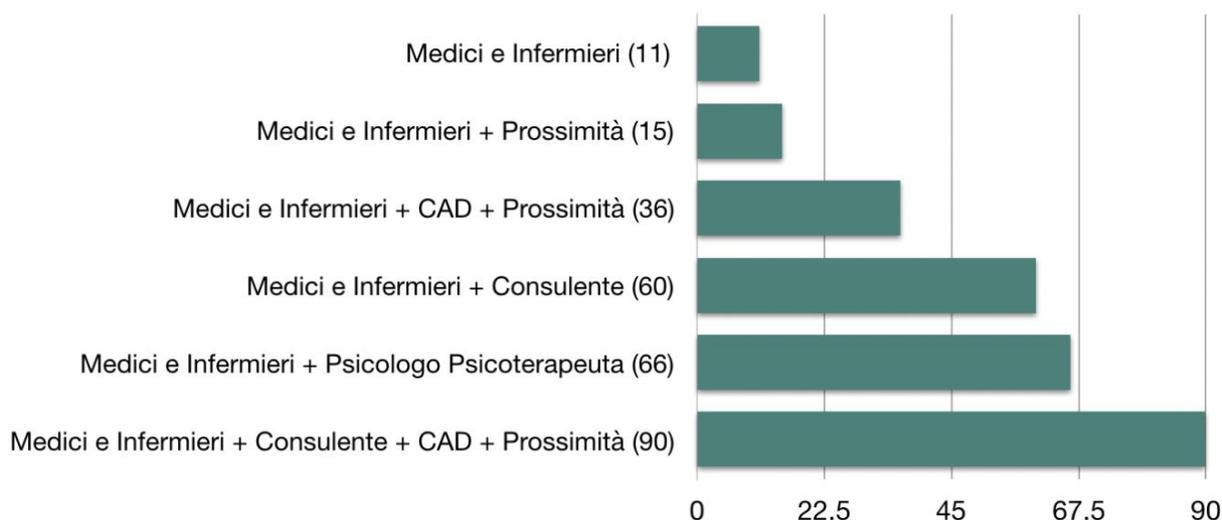
## PROGETTO “SOTTO LO STESSO TETTO” ED IMPOSTAZIONE DELLA RICERCA

Nel corso del 2018 abbiamo voluto verificare la realtà, espressa in termini numerici, del lavoro interdisciplinare svolto in favore dei pazienti del Settore della Medicina delle Dipendenze di Ingrado-Ambulatorio Sostanze della sede di Viganello.

Come descritto in precedenza, la struttura era a quel tempo l'unica ad offrire tutta la gamma delle prestazioni offerte da Ingrado alla propria utenza (prossimità, centro a bassa soglia, consulenza, ambulatorio infermieristico, psicoterapia, visite mediche somatiche e psichiatriche). Nel corso dell'anno sono state accolte presso i Servizi ambulatoriali del Centro di Viganello 558 persone. Di questi, **278** pazienti singoli hanno beneficiato di prestazioni sanitarie e su questa casistica è stata organizzata la raccolta dei dati rispetto a quali e quante figure professionali sociosanitarie del Centro sono state effettivamente coinvolte nel piano di cura “Sotto lo stesso tetto”. La necessità ed intensità del lavoro coordinato di più operatori attivi contemporaneamente emerge dai dati raccolti e presentati di seguito.

N = 278 \*

\* totale dei pazienti 2018



**Grafico 1: INGRADO 2018 – Settore Medicina delle Dipendenze Viganello**  
**Pazienti che hanno beneficiato di un intervento multiplo sociosanitario**

**La maggior parte dei pazienti presi in carico dal settore della Medicina delle Dipendenze presso l'ambulatorio sostanze di Viganello nel corso del 2018, ha beneficiato di un intervento terapeutico multiplo sociosanitario. (Figura 2)**

**Infatti, circa il 51% dei pazienti ha beneficiato del coinvolgimento di tre figure professionali sociosanitarie mentre il 45% dell'intervento diretto di quattro o più categorie professionali.**

L'esito della ricerca 2018 sulla frequente collaborazione interdisciplinare necessaria per i nostri piani terapeutici ci ha portato a voler approfondire, nel corso dell'anno 2019, la raccolta dati relativamente alla nostra casistica con l'intento, in particolare, di verificare alcune ipotesi suggerite dalla clinica quali la diffusione delle abitudini di poli consumo di sostanze psicoattive e la presenza di multiple diagnosi mediche presenti in contemporanea. Il confronto dei dati relativi all'età dei nostri pazienti, incrociato con la prevalenza di multiple diagnosi mediche, dimostra la presenza del noto fenomeno, detto "invecchiamento precoce", nella popolazione dipendente da sostanze psicoattive. La poli patologia, in effetti, affligge generalmente la fascia di popolazione più anziana.

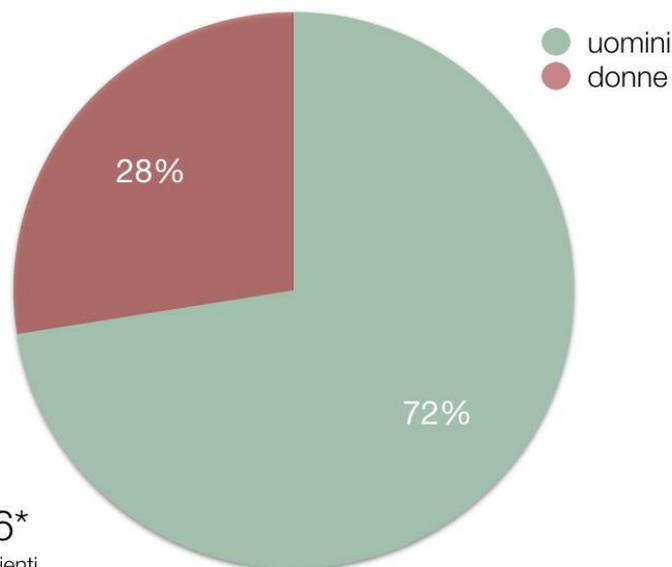
Un altro dato che ci interessava verificare riguarda la prevalenza delle difficoltà socioeconomiche che complicano ed aggravano la situazione personale generale dei nostri pazienti sottolineando dunque la necessità di interventi terapeutici multilivello sui problemi attivi, siano essi sociali o sanitari.

I dati raccolti e comparati dei pazienti presi in carico presso gli ambulatori sostanze e alcologia (un'assistenza medico-infermieristica coordinata somatica e psichiatrica in questo settore segue tuttora un processo di sviluppo ed è attualmente attiva nel solo Sottoceneri) presentano aspetti ampiamente sovrapponibili che ci indicano i cambiamenti in atto sia per le caratteristiche patologiche che per le abitudini di consumo delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze.

## RICERCA 1/1/2019-31/12/2019 (DATI E GRAFICI)

**456** pazienti sono stati complessivamente seguiti in questo periodo dal Settore della Medicina delle Dipendenze di Ingrado. Di questi, **144** pazienti erano in carico all'ambito Alcologia e **312** erano seguiti dall'ambito Sostanze.

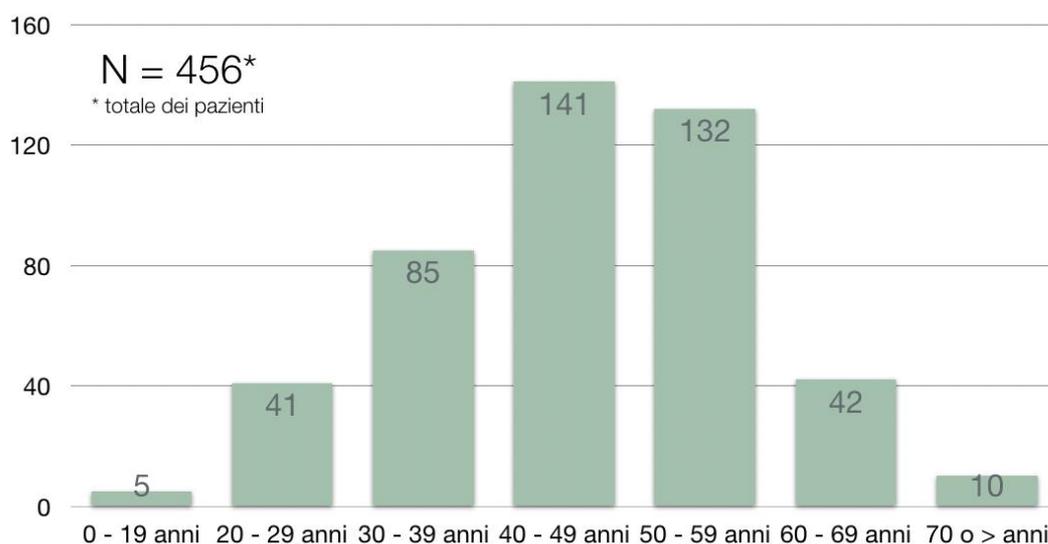
Sono esclusi da questo studio i **45** pazienti seguiti nell'ambito del progetto "Mediazione Adolescenti Parenti Sostanze" (MAPS).



N = 456\*

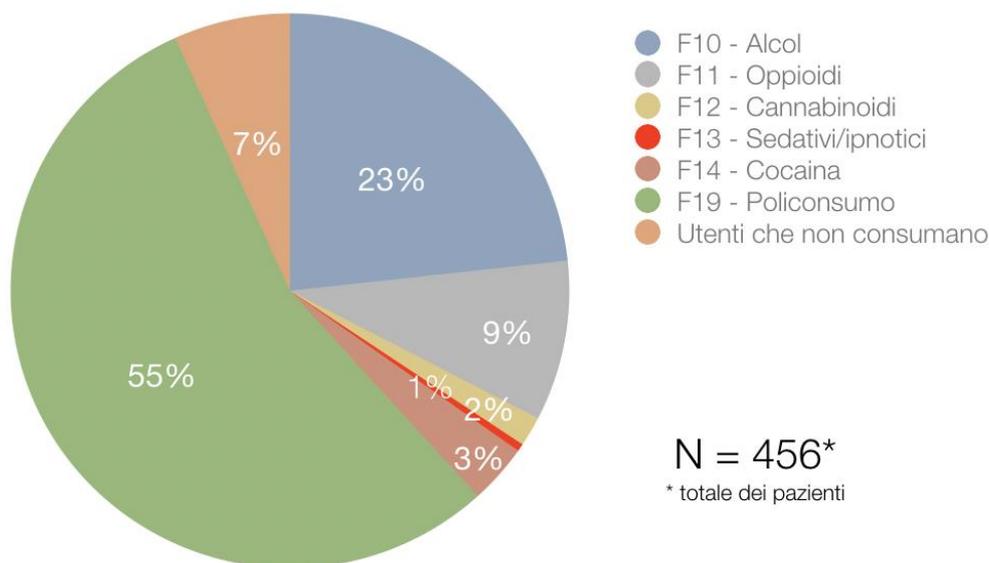
\* totale dei pazienti

**Grafico 2: Distribuzione in base al genere - Alcologia e Sostanze**



**Grafico 3: Distribuzione in base all'età - Alcologia e Sostanze**

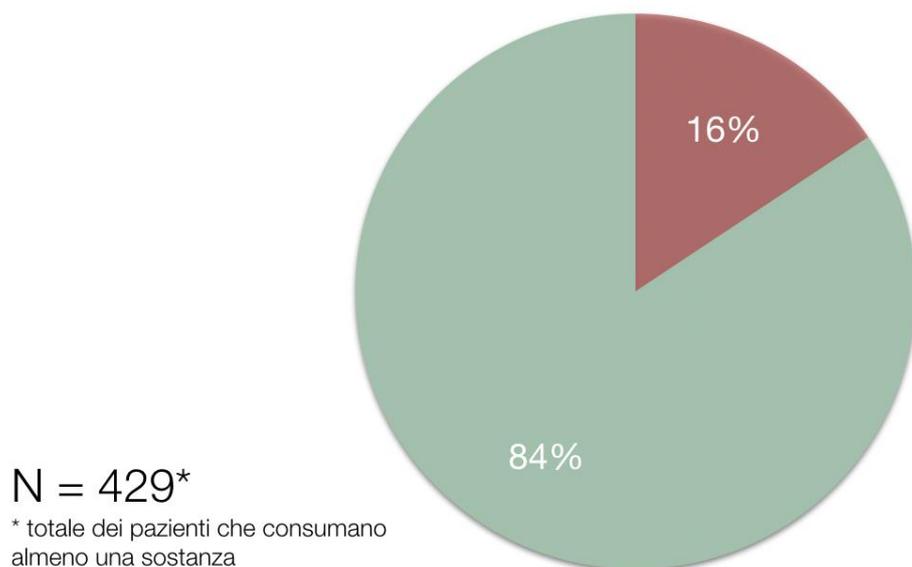
**Il paziente tipo seguito nelle nostre strutture è un maschio di mezza età. (Grafici 2-3)  
Per ragioni legate al mandato ed alle risorse limitate, non possiamo dare seguito a tutte le richieste relative alla popolazione adolescente.**



**Grafico 4: Distribuzione in base alla sostanza – Alcologia e Sostanze**

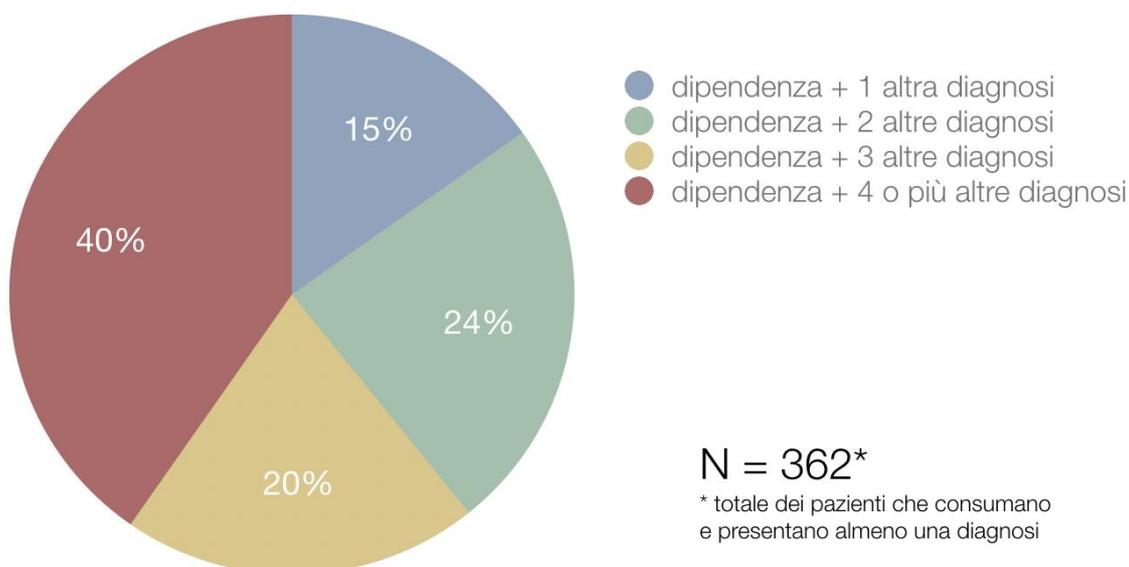
***L'abitudine al consumo di sostanze psicoattive multiple (poli consumo) rappresenta la regola per la maggior parte dei pazienti seguiti. (Grafico 4)***

- Solo consumo
- doppia diagnosi (consumo + diagnosi psichiatrica/diagnosi somatica)



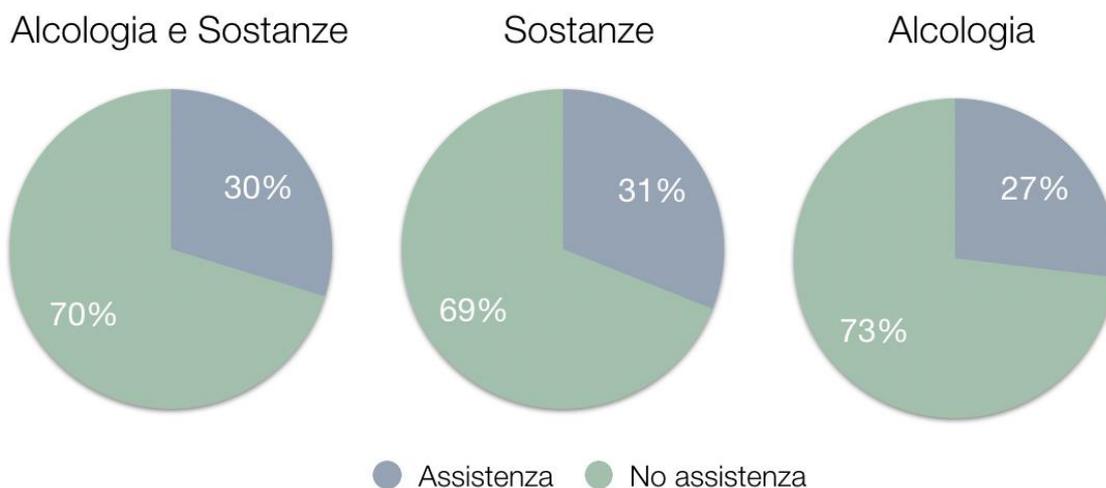
**Grafico 5: Doppie (multiple) diagnosi – Alcologia e sostanze illegali**

***La maggior parte dei pazienti seguiti per un Disturbo da Uso di Sostanze (85%) presenta problemi medici associati. (Grafico 5)***



**Grafico 6: Non solo "doppia diagnosi" - dipendenza + diagnosi psichiatriche + diagnosi somatiche**

**Se prendiamo i pazienti che soffrono di almeno una patologia diagnosticata da un medico in aggiunta al Disturbo da Uso di Sostanze e consideriamo il numero di diagnosi, è possibile notare come più della metà dei pazienti (62%) soffre di tre patologie o più in aggiunta alla malattia della dipendenza. (Grafico 6)**

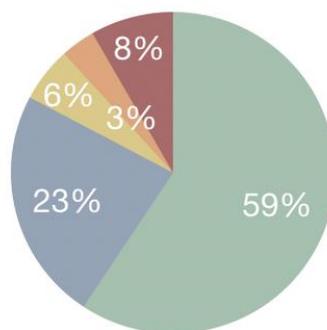
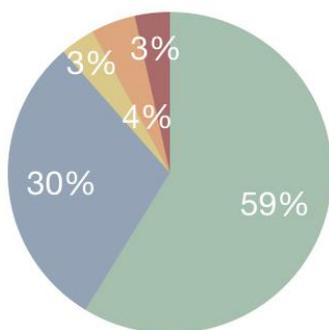
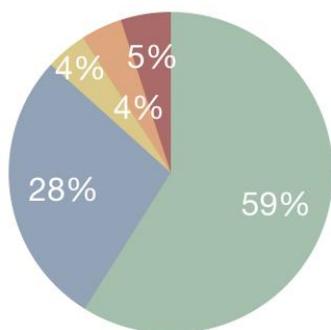


**Grafico 7: Prestazione assistenziale – Confronto Alcolologia e Sostanze**

Alcologia e Sostanze

Sostanze

Alcologia



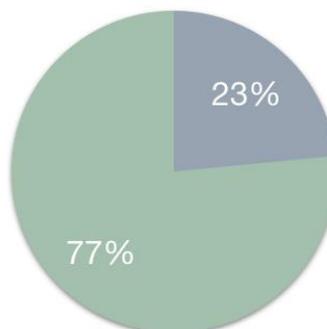
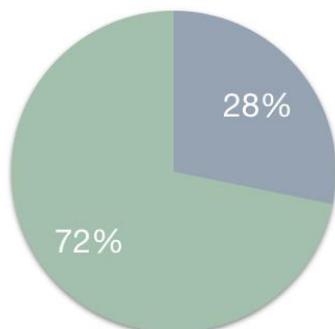
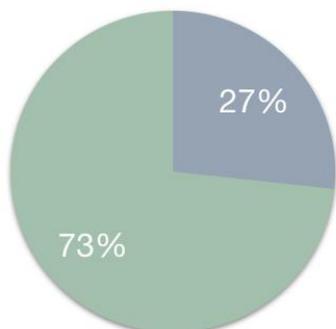
- Nessuna rendita AI
- AI al 100%
- Richiesta AI in corso
- Richiesta AI rifiutata
- AI < 100%

**Grafico 8: Rendite invalidità – Confronto Alcologia e Sostanze**

Alcologia e Sostanze

Sostanze

Alcologia



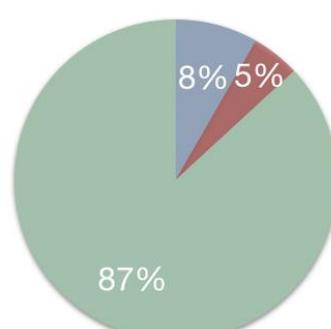
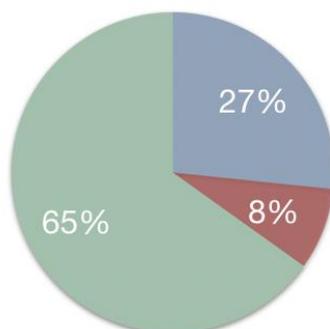
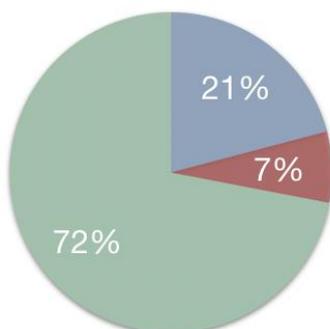
- Curatela (generale o amministrativa)
- Nessuna misura di protezione

**Grafico 9: ARP (curatela) – Confronto Alcologia e Sostanze**

Alcologia e Sostanze

Sostanze

Alcologia



- È o è stato in carcere nel corso della vita
- Problemi importanti con la giustizia
- Nessun problema maggiore con la giustizia

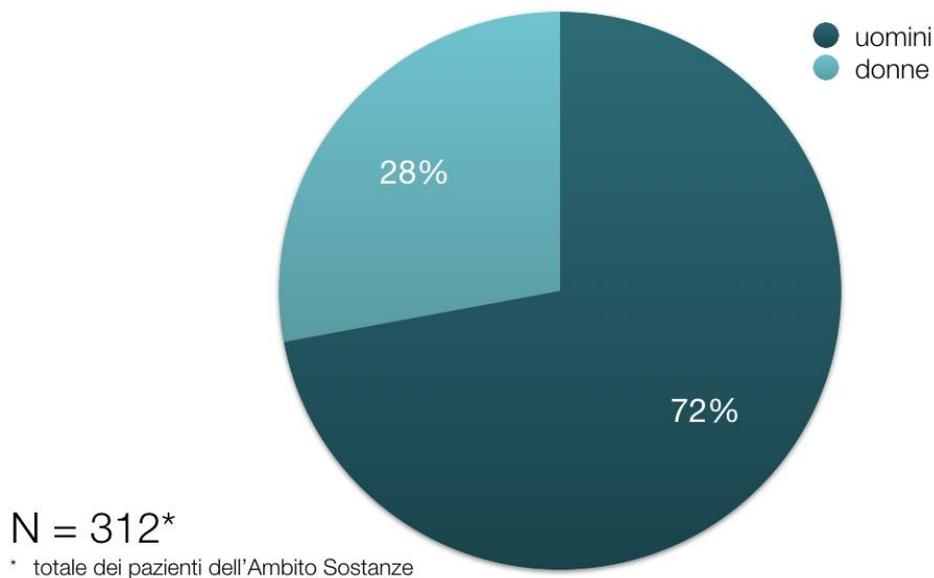
**Grafico 10: Problemi con la giustizia – Confronto Alcologia e Sostanze**

***Problemi giuridici, sociali e necessità di protezione. Se si esclude una maggiore e comprensibile percentuale di pazienti con problemi giudiziari legati alle sostanze illegali (Grafico 10), si possono osservare dati sovrapponibili in entrambi gli ambiti. In particolare, un numero significativo di persone necessita di un sostegno economico da parte dello Stato, ha riconosciuta una rendita di invalidità per malattia (nonostante la dipendenza come malattia abbia avuto un riconoscimento quale malattia invalidante solo recentemente) (Grafico 8) o necessita di misure di protezione. (Grafico 9)***

***Questa popolazione sensibile abbisogna di misure assistenziali intense e coordinate.***

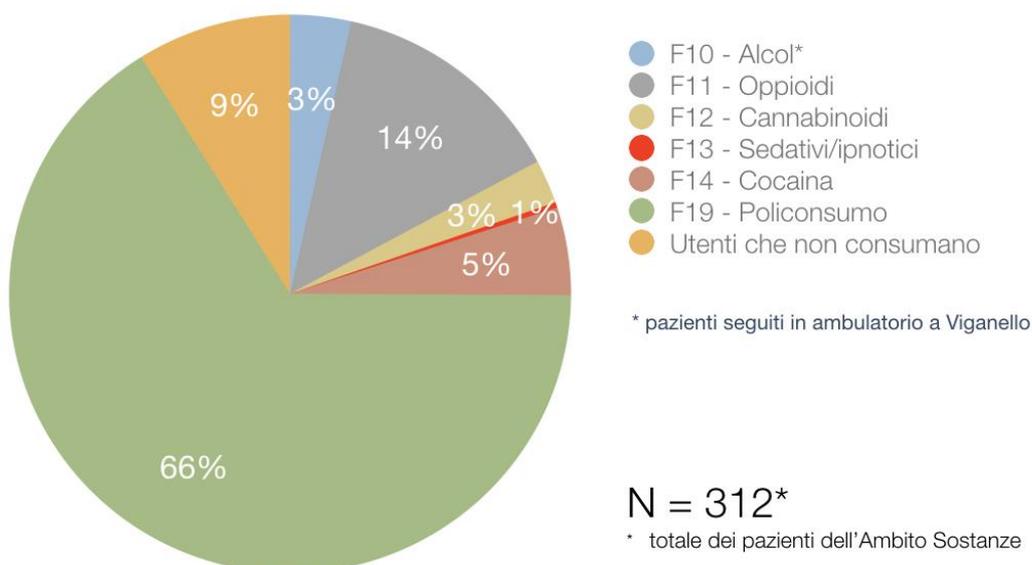
## I DATI PER AMBITO

### A) AMBITO SOSTANZE



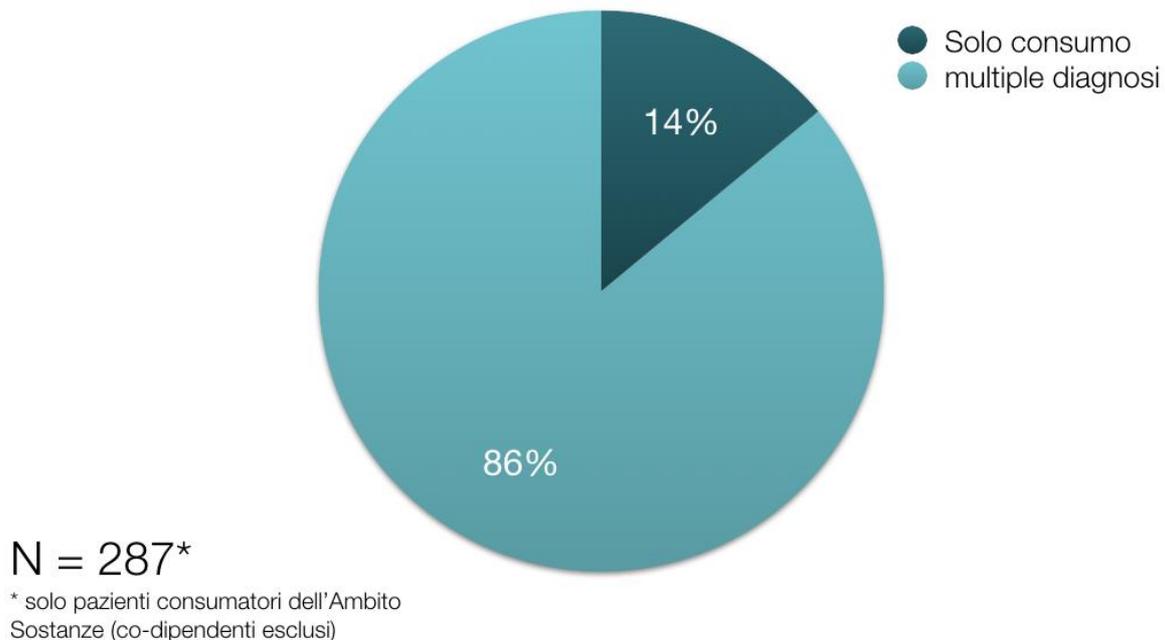
**Grafico 11: Distribuzione in base al genere – Ambito Sostanze**

***È possibile notare una netta prevalenza del genere maschile (72%). (Grafico 11)***

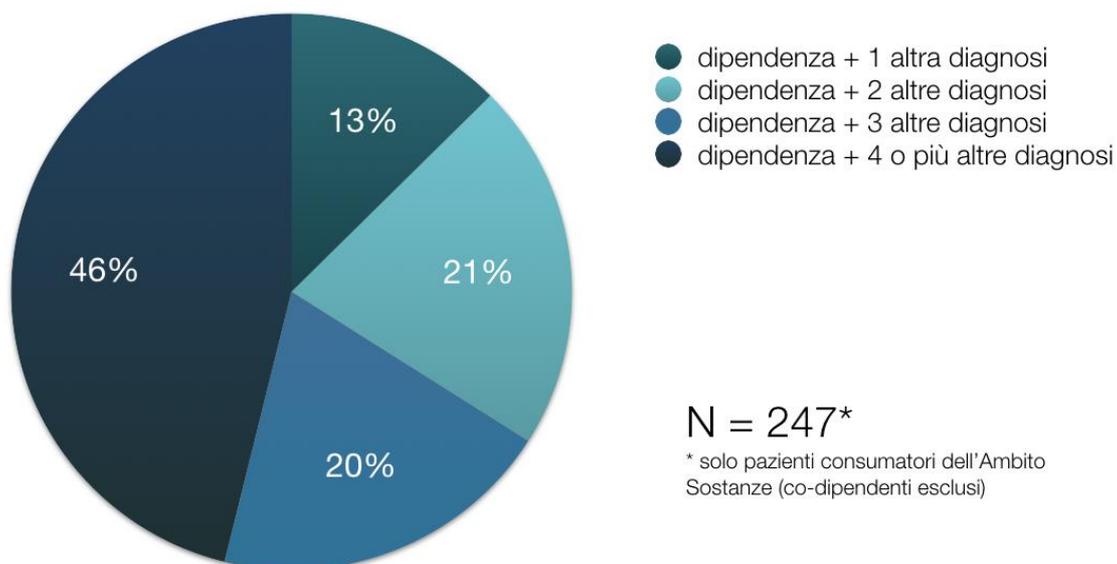


**Grafico 12: Distribuzione sostanze consumate - Ambito Sostanze**

***È possibile notare una netta prevalenza del poli-consumo (66%). Nel Grafico 12 è riportata una quota di pazienti presi in carico che non consumano: essi sono perlopiù persone co-dipendenti o portatrici di nuove dipendenze che non utilizzano sostanze psicoattive.***



**Grafico 13: Doppie diagnosi – Ambito Sostanze**



**Grafico 14: Diagnosi multiple – Ambito Sostanze**

***Si conferma la necessità di assistenza medica anche per le molte malattie associate al Disturbo da Uso di Sostanze. (Grafico 13 e 14)***

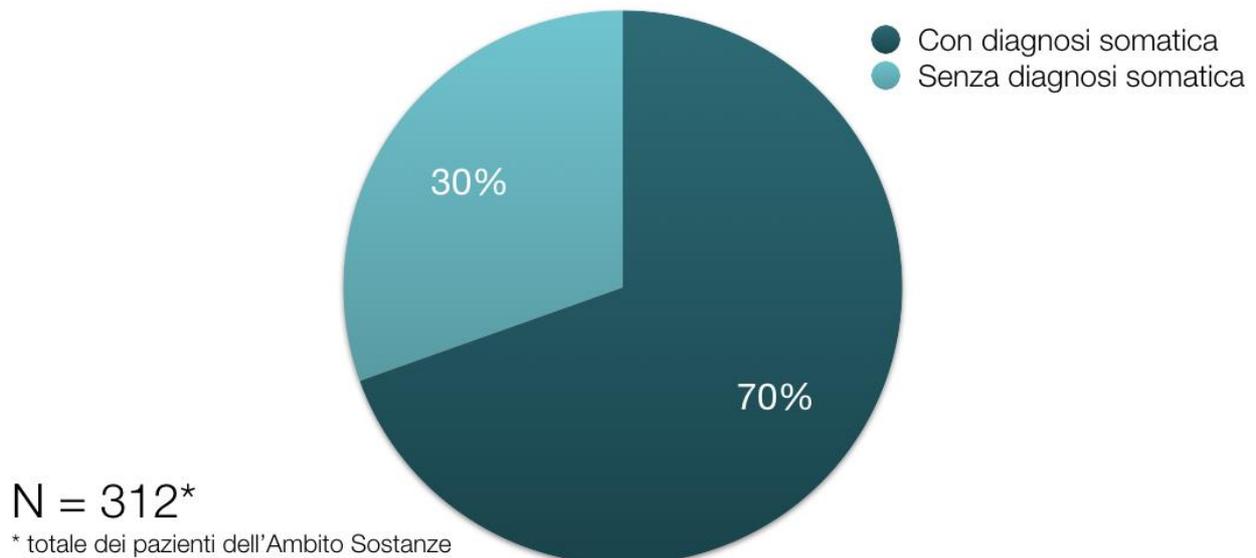


N = 235\*

\* pazienti e utenti co-dipendenti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica

**Grafico 15: Diagnosi psichiatriche – Ambito Sostanze**

**La prevalenza di Disturbi Psicici in associazione ai Disturbi da Uso di Sostanze è ben nota con le sue caratteristiche specifiche (le patologie più frequentemente associate riguardano i Disturbi Affettivi e i Disturbi della Personalità); essi necessitano di cura psichiatrica e psicoterapeutica specializzata. (Grafico 15) Più recentemente preoccupa la diffusione del consumo di sostanze legali ed illegali in fasce della popolazione particolarmente fragili come quelle dei pazienti portatori di malattie psichiatriche maggiori e/o disabilità intellettiva.**



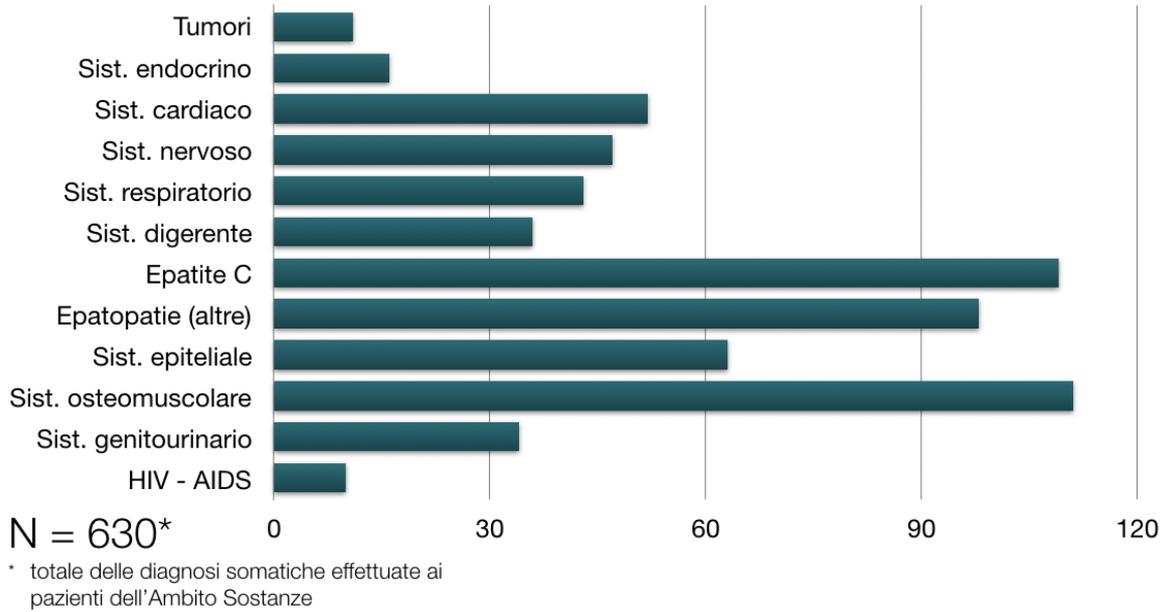
N = 312\*

\* totale dei pazienti dell'Ambito Sostanze

**Grafico 16: Diagnosi somatiche – Ambito Sostanze**

**Una grande percentuale di pazienti necessita di un seguito internistico. (Grafico 16)**

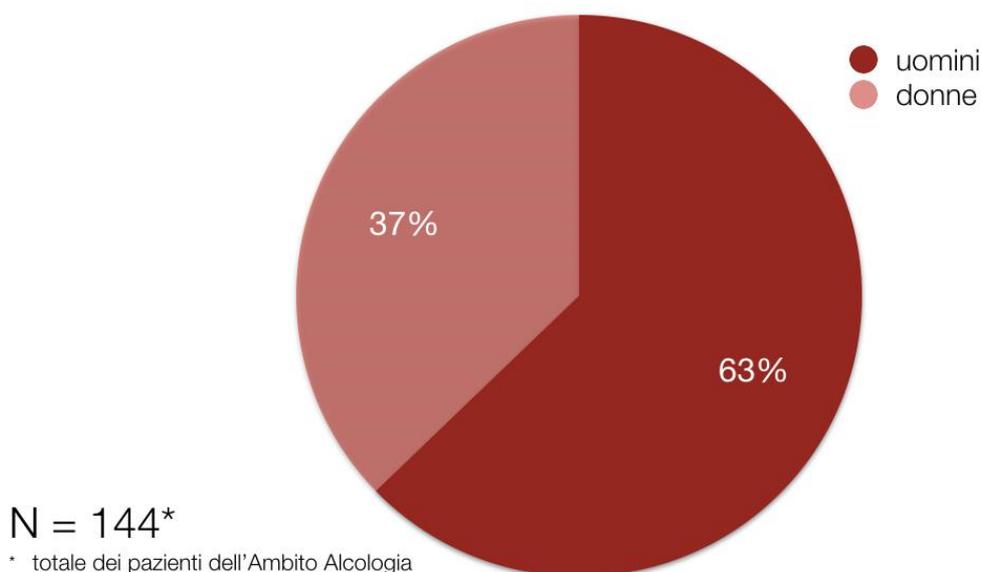
I pazienti che presentano almeno una diagnosi somatica sono 217.



**Grafico 17: Diagnosi somatiche totali – Ambito Sostanze**

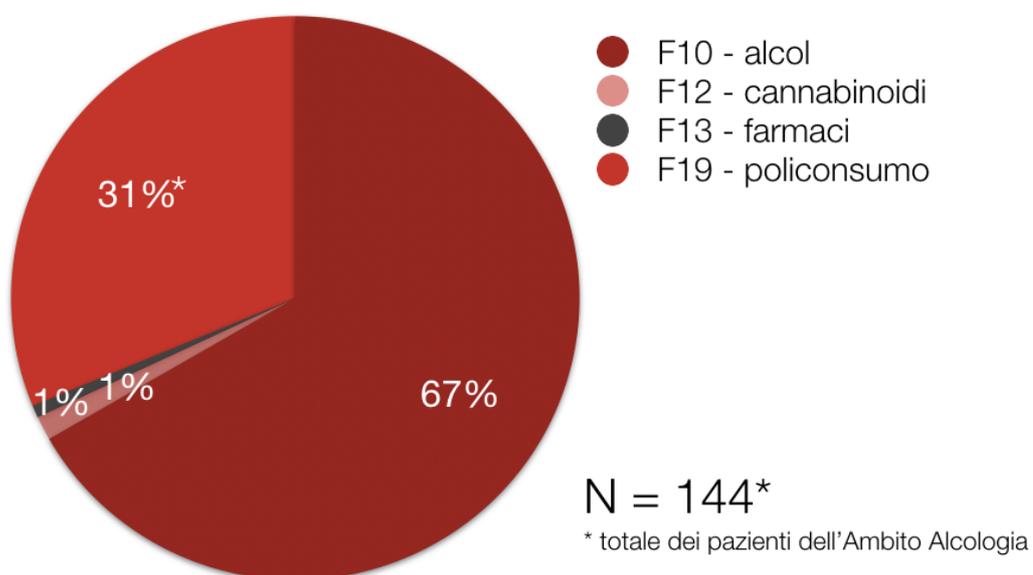
***La prevalenza per sistemi e per le malattie infettive gravi principalmente implicate. (Grafico 17)***

## B) AMBITO ALCOLOGIA



**Grafico 18: Distribuzione in base al genere – Ambito Alcologia**

***Come mostrato nel Grafico 18, si può notare una lieve maggiore prevalenza del genere femminile rispetto alla percentuale dell’Ambito Sostanze. L’alcolismo femminile è un fenomeno spesso sommerso con le sue caratteristiche di vissuti di vergogna e isolamento e resta un target importante per i nostri sforzi di aggancio terapeutico.***



\* Dato sottostimato poiché sottodiagnosticato (i pazienti non lo dichiarano e non vengono fatte analisi approfondite di default)

**Grafico 19: Suddivisione pazienti – Ambito Alcologia**

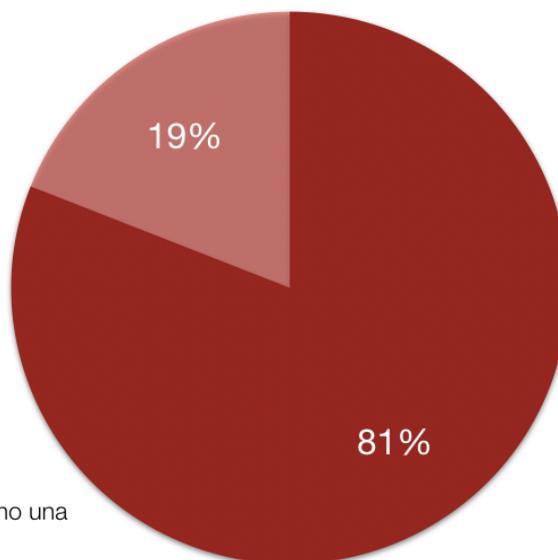
***Nel corso degli ultimi mesi una sensibilizzazione alla rilevazione dei consumi di sostanze psicoattive associate (frequentemente cocaina e sedativi) è stata introdotta***

**nel servizio dimostrando con frequenza un poli-consumo che, oggi diagnosticato, merita un approccio terapeutico integrato. (Grafico 19)**

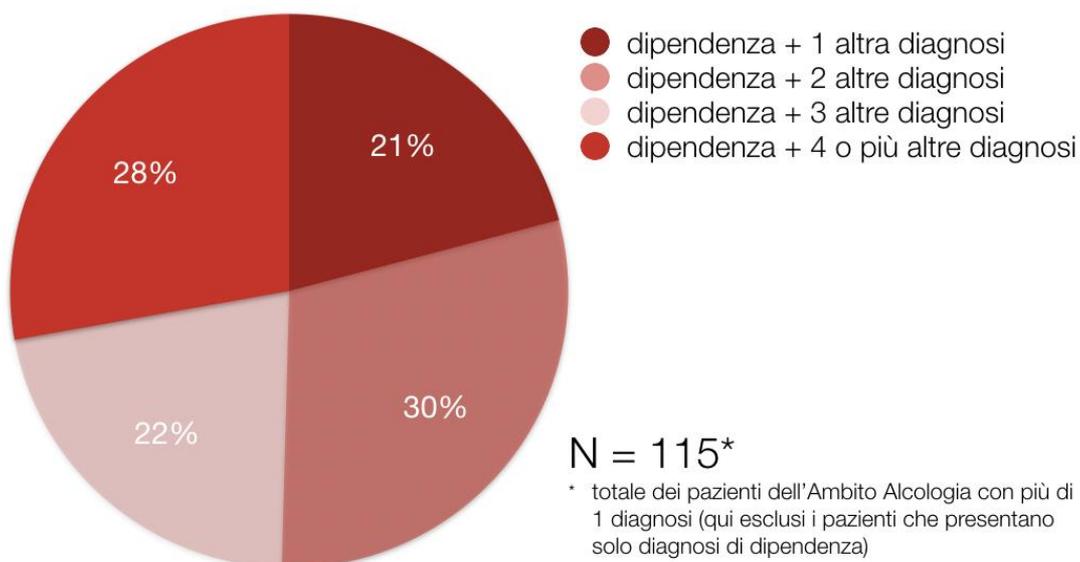
- doppia diagnosi (dipendenza + diagnosi psichiatrica/somatica)
- Solo consumo

N = 142\*

\* totale dei pazienti dell'Ambito Alcologia che consumano almeno una sostanza



**Grafico 20: Doppie diagnosi – Ambito Alcologia**

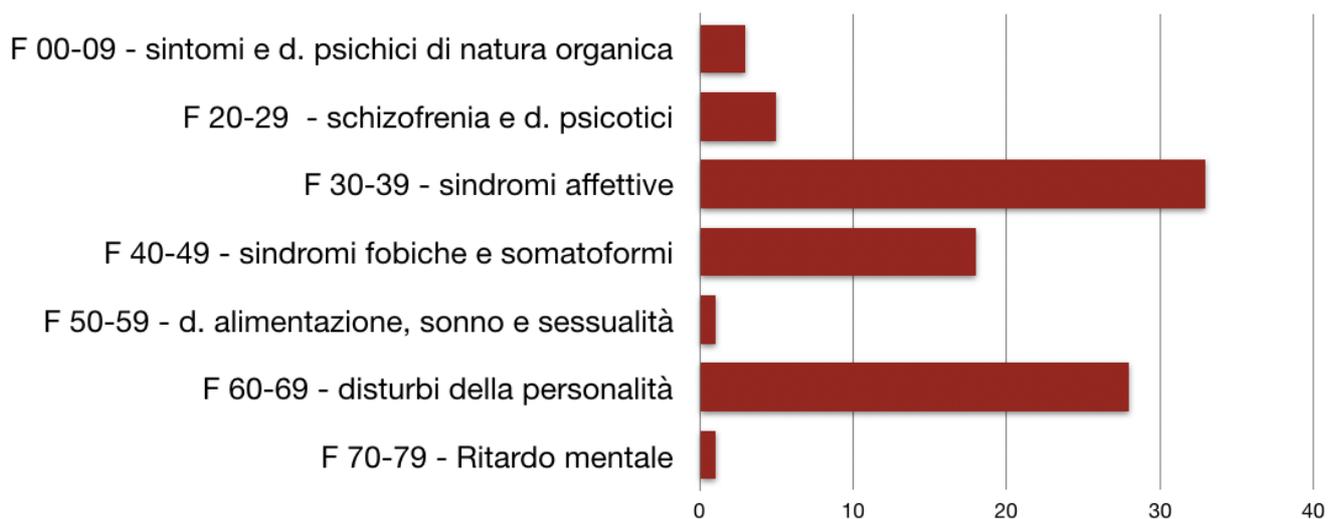


N = 115\*

\* totale dei pazienti dell'Ambito Alcologia con più di 1 diagnosi (qui esclusi i pazienti che presentano solo diagnosi di dipendenza)

**Grafico 21: Diagnosi multiple – Ambito Alcologia**

**I dati confermano quanto già descritto in precedenza rispetto alla poli patologia. (Grafici 20 e 21)**

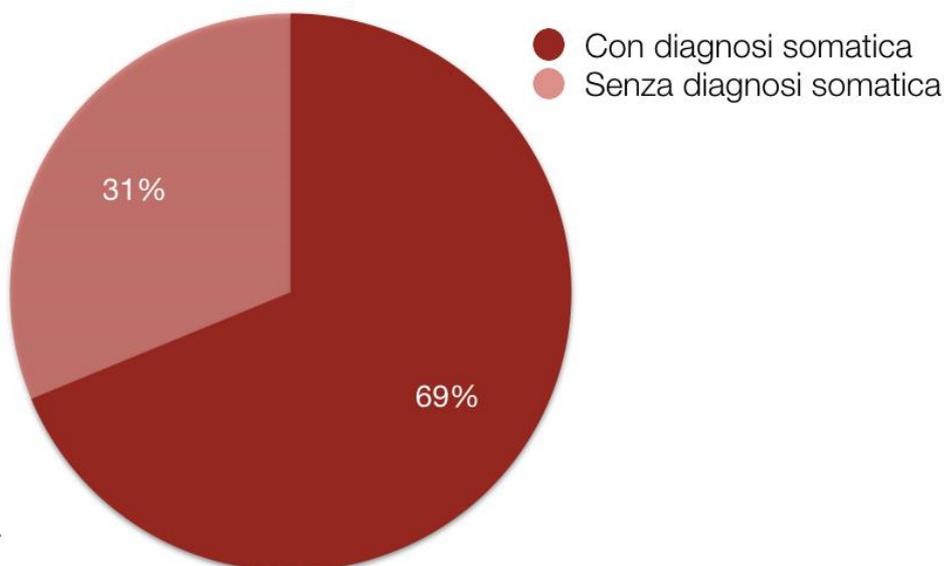


N = 89\*

\* pazienti e utenti co-dipendenti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica

**Grafico 22: Diagnosi psichiatriche – Ambito Alcologia**

***Si osserva una maggiore prevalenza dei disturbi affettivi nella popolazione dei pazienti presi in carico in questo settore. (Grafico 22)***

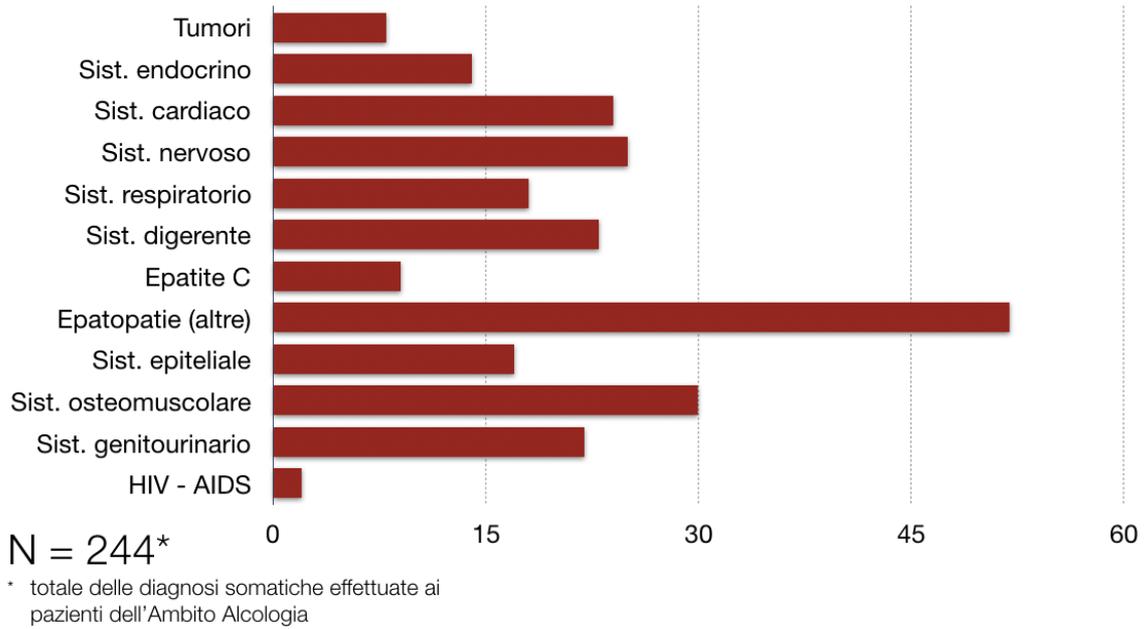


N = 144\*

\* totale dei pazienti dell'Ambito Alcologia

**Grafico 23: Diagnosi somatiche – Ambito Alcologia**

I pazienti che presentano almeno una diagnosi somatica sono 99.



**Grafico 24: Diagnosi somatiche totali – Ambito Alcologia**

***I pazienti di questo settore con un DUS a prevalenza alcolica, presentano come previsto maggiori problemi somatici dati dalla tossicità della sostanza e sono colpiti in modo minore dalle patologie infettive trasmissibili come l'epatite e l'HIV. (Grafici 23 e 24)***

## **RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA FUTURA**

L'evoluzione delle abitudini di consumo e delle conoscenze nell'ambito della Medicina delle Dipendenze, dal punto di vista clinico dimostrano meno rilevanza rispetto al passato nella distinzione tra Sostanze e Alcolologia in associazione o meno con altre dipendenze senza sostanza come ad esempio il gioco d'azzardo.

Sarà dunque necessario una riflessione rispetto agli strumenti di indagine utilizzati.

## **CONCLUSIONI**

La Medicina delle Dipendenze si occupa di pazienti portatori di multiple ed importanti problematiche bio-psico-sociali per le quali l'orientamento più ragionevole ed adeguato della diagnosi e della presa in carico si rivela essere quello interdisciplinare. L'evidenza sociosanitaria della prevalenza del poli-consumo, sia nella popolazione generale che in quella portatrice di problematiche necessitanti assistenza, ha portato la letteratura specializzata alla definizione di un Disturbo da uso di sostanze (DUS), mettendo l'accento, più che sul tipo di sostanza (negli ultimi decenni vi è stata un'amplificazione notevolissima sia sul piano quantitativo che qualitativo dei prodotti disponibili con attività psicoattiva) utilizzato dal paziente, sull'analogia dei meccanismi bio-psico-sociali che sottendono all'instaurarsi della malattia della dipendenza. Quest'evoluzione segue quella delle conoscenze nel campo per le quali, fondate sull'evidenza, la dipendenza è una vera malattia con fisiopatologia dimostrabile e non un vizio personale. Per fare fronte alla sempre maggiore complessità della presa in carico, i servizi ambulatoriali hanno adattato ai complessi bisogni dell'utenza le loro prestazioni: dal tradizionale sostegno psico-sociale con farmacoterapia sostitutiva si è giunti oggi ad un ampliamento della presa in carico clinica secondo le linee guida proposte dalla società svizzera di specialità. La Medicina delle Dipendenze ha (ri)trovato un suo indispensabile ruolo teorico e clinico nel campo e rappresenta una sfida teorica e procedurale in controtendenza con la sempre maggiore specializzazione settoriale, che resta peraltro indispensabile per la progressiva estensione delle conoscenze specifiche e tecniche che non possono essere possedute dal singolo specialista. Nello specifico clinico occorre che medici dell'area somatica e psichiatrica (con psicologi e psicoterapeuti) lavorino insieme nello stesso settore accanto ad infermieri psichiatrici e in cure generali. Questo assetto, che prevede anche consulti condivisi, ha fino ad oggi fornito buoni risultati in termini di gradimento, specificità, adeguatezza, proporzionalità e verosimilmente economicità delle cure.

I risultati della nostra indagine ci spingono a continuare sulla strada intrapresa negli ultimi anni.